

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HIPERTENSO E DO DIABÉTICO
ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ARROIO GRANDE, NO
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

EVELISE VIEIRA FLORES

Pelotas, 2015

EVELISE VIEIRA FLORES

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HIPERTENSO E DO DIABÉTICO
ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ARROIO GRANDE, NO
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde da Família – Modalidade a
Distância – UFPEL/UNASUS, como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: LIZIANE DA SILVA MATTE

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

F634m Flores, Evelise Vieira

Melhoria da atenção à saúde do hipertenso e do diabético atendidos na Unidade Básica de Saúde Arroio Grande, no município de Santa Cruz do Sul, RS / Evelise Vieira Flores ; Liziane da Silva Matté, orientadora. — Pelotas, 2014.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doenças crônicas. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hipertensão. I. Matté, Liziane da Silva, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedico este trabalho aos meus pais e à minha família pela compreensão e apoio nos mais diversos momentos e aos meus amigos pelas ausências inesperadas.

Agradecimentos

A minha orientadora Liziane da Silva Matté, agradeço pelo auxílio no desenvolvimento das tarefas e pela compreensão e paciência diante dos obstáculos encontrados.

A enfermeira Gabriela Sanchez que iniciou as atividades comigo e me deu suporte nos momentos de maior dificuldade, além da troca de ideias e cooperação durante o tempo que trabalhamos juntas.

Aos colegas de PROVAB em Santa Cruz do Sul pela amizade, momentos de descontração e auxílio quando necessitei.

A Equipe de Saúde do PS Arroio Grande, pela acolhida e compreensão quando eu fui transferida para a unidade e comecei a alterar um pouco o funcionamento da unidade, sem falar na confiança mútua e na cumplicidade para que a intervenção fosse desenvolvida com qualidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, em especial a Raquel a Júlia por sempre me apoiarem e tentarem resolver os problemas e conseguir o que eu precisava.

A supervisora do PROVAB Margarita Silva Diercks, por sempre tentar ajudar e melhorar o que precisava.

Aos pacientes que concordaram em participar deste trabalho tornando possível sua realização.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho com sucesso, meu muito obrigada.

Evelise Vieira Flores

Lista de Figuras

		Pág.
Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde do Arroio Grande. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	53 e 73
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde do Arroio Grande. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	53 e 74
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	54
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	54
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	55
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	56
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	57
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	57
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	58
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	58
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	59
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	59
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	60
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	61

Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	62
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	62
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre atenção saudável. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	63
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre atenção saudável. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	63
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	64
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	65
Figura 21	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	66
Figura 22	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	66
Figura 23	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	67
Figura 24	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	67

Lista de abreviaturas/Siglas

ACS – Agente Comunitária de Saúde

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

CEMAI – Centro Materno Infantil

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HGT – Hemoglicoteste

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

NASF – Núcleo de Apoio da Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

PN – Pré-natal

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional na Atenção Básica

PS – Posto de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	18
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	30
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma	46
3 Relatório da Intervenção	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
4 Avaliação da intervenção	52
4.1 Resultados	52
4.2 Discussão	68
4.3 Relatório da intervenção para gestores	71
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	74
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	77
6 Referências	79
Anexos	80
Anexo 1 - Ficha espelho	80
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	81
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	82

Resumo

FLORES, Evelise V. 2015. **Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e do Diabético Atendidos na Unidade Básica de Saúde Arroio Grande, no Município de Santa Cruz do Sul/RS** 82 f. Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção de título de especialista em Saúde da Família.

A intervenção direcionada à melhoria da atenção da saúde do hipertenso e do diabético é de suma importância por essas doenças serem responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que a prevalência de DM no Brasil seja de 11,3% da população em 2030; a prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Essas patologias prejudicam muito a qualidade de vida dos portadores devido à alta morbimortalidade que acarretam, um diagnóstico precoce e um controle adequado são fundamentais principalmente ao nível da atenção básica, pois, normalmente, é onde o paciente possui um acesso facilitado e um vínculo com o serviço. A Unidade de Saúde Arroio Grande está localizada na zona urbana de Santa Cruz do Sul/RS e não possui uma área mapeada, mas estima-se que a população atendida seja de 2500 pessoas. O protocolo utilizado para amparar e guiar a intervenção serão os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – vol 36 e 37, ano 2013. Os dados obtidos através dos registros específicos e prontuário foram mensalmente revisados para análise dos indicadores. Inicialmente estavam cadastrados 144 hipertensos e 47 diabéticos, um número muito aquém da realidade; 26% e 29%, respectivamente, do número estimado. Ao término da intervenção aumentamos o acompanhamento dos hipertensos para 41,1% do total de hipertensos, isso significa que temos 230 pacientes em acompanhamento regular e comprometidos com sua saúde e qualidade de vida. No que diz respeito aos diabéticos, atingimos 56,9% dos usuários, o que significa que 91 pessoas estão em acompanhamento na unidade. Através da intervenção foi possível identificar as deficiências do serviço, qualificar o atendimento, criar registros específicos possibilitando controle contínuo e planejamento de novas ações.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas.

O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do hipertenso e do diabético na Unidade de Saúde Arroio Grande do município de Santa Cruz do Sul/RS.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Arroio Grande fica localizada no município de Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul e atende a uma população predominantemente urbana, funciona como UBS tradicional e, apesar disso, não tem adscrição de clientela, assim, qualquer pessoa independente da localidade que reside pode solicitar consulta médica ou de enfermagem e ter sua necessidade atendida nessa UBS. Caracteriza-se também por uma grande demanda de usuários na busca da assistência à saúde.

A UBS em questão possui uma área física limitada pois foi adaptada. A estrutura compreende uma recepção, um local para armazenamento de medicamentos, um almoxarifado, uma sala de vacinas, uma sala de curativos/triagem, um consultório médico, uma cozinha, um banheiro para funcionários e um para usuários; todos com uma metragem restrita.

A organização do processo de trabalho se dá de forma satisfatória e a equipe é composta atualmente por uma recepcionista, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira e uma clínica geral (participantes do Programa de Valorização do Profissional na Atenção Básica - PROVAB), duas ginecologistas, quatro pediatras, uma auxiliar de serviços gerais e duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Em relação aos atendimentos, eles acontecem por agendamento e os especialistas se dividem nos dias da semana para realizarem as consultas, quando há atendimento de um especialista e da clínica geral no mesmo turno, a clínica atende na sala de vacinação, visto que a unidade só possui um consultório médico. Mesmo com a falta de espaço os atendimentos são feitos de forma eficaz, cada profissional tem sua agenda pré definida, com o intuito de manter organizado o serviço prestado a essa população.

A UBS Arroio Grande irá em breve passar pelo processo de transformação para Estratégia da Saúde da Família (ESF), um novo prédio está começando ser

construído segundo as normas do Ministério da Saúde para ser UBS com porte 2. Enquanto essa transformação para ESF não acontece, estamos tentando programar ações voltadas à prevenção e promoção da saúde frente aos moradores dessa região.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Santa Cruz do Sul/RS, onde estou atuando como médica pelo PROVAB, possui aproximadamente cento e dezoito mil habitantes (IBGE, 2010).

No que se refere à assistência a saúde conta na Atenção Básica de Saúde com doze Unidades Básicas de Saúde, das quais cinco possuem atendimento de Saúde bucal; dez equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), quatro dessas com Saúde Bucal; um Centro Materno Infantil (CEMAI); um Posto Central de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), conta também com o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) e Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). O município não dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O município também conta com serviços hospitalares na rede do SUS e de conveniados, além de cotas mensais disponibilizadas para encaminhamento da população para especialistas e exames complementares (PREFEITURA DE SANTA CRUZ DO SUL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde onde atuo fica localizada em uma área urbana onde há uma grande demanda de usuários em busca da assistência à saúde. Segundo informação da Secretária de Saúde e das Agentes Comunitárias de Saúde estima-se que no bairro Arroio Grande existam dois mil e quinhentos habitantes. A UBS não possui vínculo direto com nenhuma instituição de ensino, porém o município tem vínculo com uma universidade local, a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) na qual seus acadêmicos de fisioterapia atendem os usuários encaminhados pelas Unidades de Saúde.

A UBS em questão, como já citado anteriormente, possui uma área física limitada, atualmente a equipe é composta por: uma recepcionista; duas técnicas de enfermagem; uma enfermeira; uma médica da família; duas ginecologistas; quatro pediatras; uma auxiliar de serviços gerais e duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Diante da falta de espaço, organizamos os serviços médicos através de agendamento e os da equipe de enfermagem através de orientação aos pacientes

referente aos melhores horários para realizar curativo, vacinas e outros procedimentos, sempre buscando uma assistência de qualidade.

Em relação aos atendimentos, acontecem por agendamento e os especialistas se dividem nos dias da semana para realizarem as consultas, quando se tem atendimento de um especialista e do médico de família no mesmo turno, este último atende na sala de vacinas, visto que a unidade só possui um consultório médico. Apesar da falta de espaço os atendimentos são organizados, pois cada profissional tem sua agenda pré definida, com o intuito de manter organizado os serviços prestados a essa população.

A UBS não possui um ambiente adequado para a realização do acolhimento, mas dentro das possibilidades da unidade o acolhimento da população é feito pelo profissional que recepcionar o usuário, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

No que diz respeito à Saúde da Criança, a UBS conta com pediatras que atendem em dias e turnos alternados, esses usuários têm seus prontuários individualizados. Os pediatras realizam: puericultura, atendimento de doenças agudas e crônicas, encaminhando para outros especialistas e para exames complementares quando necessário. A equipe de enfermagem possui um grande controle no que se refere à caderneta de vacinação das crianças, sempre orientando sobre a importância da imunização. O levantamento das necessidades de saúde das crianças é registrado em seu prontuário e na caderneta de vacinação, especialmente quando se trata de curva de crescimento, peso e altura.

Sobre a assistência ao Pré Natal (PN), as três ginecologistas realizam essa assistência, as gestantes têm suas informações anotadas no prontuário e no cartão da gestante e saem sempre da unidade com a sua próxima consulta agendada. Não temos busca ativa, visitas domiciliares e uma educação em saúde efetiva frente a essa população, por outro lado, segundo observações e informações da equipe, o serviço

é satisfatório, através da agenda é possível perceber a efetiva presença dessas mulheres nas consultas.

No que se trata de ações de controle e prevenção do câncer do colo de útero e do câncer de mama, há coleta de exame citopatológico e encaminhamentos para mamografia, porém não se vê uma efetiva promoção e acompanhamento, se vê na prática somente a realização dos procedimentos solicitados por essa população. Não se tem na unidade dados sobre Câncer de Colo de Útero e Mama, não temos o retorno dos resultados dos exames frente a esses problemas de saúde.

Em relação à população com HAS/DM a unidade não possui atendimentos específicos, as consultas são agendadas conforme a solicitação desses usuários; não há registros específicos para cada ação programática, as anotações são feitas somente no prontuário individual dos pacientes. A Unidade conta com o Sistema de Gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção básica (Sistema HIPERDIA), mas não conseguimos ver a efetividade desses cadastros. Em contrapartida, durante a triagem de enfermagem é possível diagnosticar o grande número de pessoas portadoras desses diagnósticos, fazendo-se necessária a realização de busca ativa dessas pessoas e a elaboração de táticas voltadas a essas patologias.

Realizamos no serviço os cadastros do HIPERDIA e orientamos sobre a importância do comparecimento dessa população na Unidade de Saúde para verificar Pressão Arterial (PA) e realizar hemoglicoteste (HGT) e acompanhamento médico. A UBS não conta com grupos para HAS/DM, mas encaminha para os grupos disponíveis no município. Durante a procura dos serviços de saúde, orientamos sobre hábitos de vida que podem ajudá-los a ter uma melhor qualidade de vida, os dados são registrados nos prontuários e para melhor controle e acompanhamento anotamos em um cartão que fica aos cuidados do usuário, o valor da PA e HGT.

Em relação à saúde dos idosos, não temos ações voltadas a essa população, quando os mesmos procuram atendimento, durante o acolhimento/triagem, realizamos a escuta terapêutica e tentamos orientar da melhor forma possível, questionamos essa população frente a problemas de saúde, uso de medicações, hábitos de vida. Não temos protocolos específicos para os idosos.

Através do levantamento de dados da Unidade Arroio Grande, foi possível constatar a falta da implementação de ações programáticas; acredito que isso se deve, dentre outras questões, pela estrutura inadequada da unidade. A UBS Arroio Grande segue o modelo tradicional, disponibilizando atendimento em especialidades básicas como clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ações de enfermagem e imunizações; não disponibiliza atendimento odontológico, realização de pequenos procedimentos cirúrgicos simples, educação continuada e equipe de atenção básica completa. O processo de trabalho caracterizou-se pelo predomínio da intervenção voltada para condições agudas e de caráter individual, não favorecendo a construção de vínculos ou a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

De acordo com informações da gestão municipal, a UBS Arroio Grande passará por um processo de transformação para Estratégia da Saúde da Família, para tanto está sendo construída uma nova unidade, de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Até que esta mudança aconteça, estamos tentando realizar ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde frente aos moradores dessa região.

Como limitações adicionais, podemos destacar o fato da UBS não possuir vínculo com nenhuma instituição de ensino. Além disso, não há nenhum grupo coordenado pelos profissionais dessa unidade frente ao cuidado de uma população específica, há somente divulgação dos grupos que são desenvolvidos no município e encaminhamentos para os pacientes que se encaixam nessas ações.

Apesar de todas as limitações supracitadas, temos aspectos que demonstram atuação de qualidade em algumas áreas, tais como os encaminhamentos para especialistas e exames, de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório de análise situacional

A realização da análise situacional me proporcionou uma visão mais ampla de saúde, foi difícil realizar uma análise em um curto período de tempo, e com tantas limitações em um primeiro momento. Existem muitas fragilidades na UBS onde estou alocada, parte física e de atenção à saúde, mas ao mesmo tempo é visível que fazemos tudo que está ao nosso alcance para que os usuários saiam com suas

necessidades atendidas. A análise proporcionou o levantamento das fragilidades e potencialidades do local, fazendo pensar em implantação de ações específicas para os problemas levantados e um melhor desenvolvimento das potencialidades que o serviço mostrou.

Ficou evidente a falta de ações voltadas à promoção da saúde e a necessidade de um trabalho de equipe efetivo, fazendo uma análise do início das minhas atividades e atualmente, consigo refletir sobre algumas questões, visto que tive a oportunidade de atuar em duas unidades, o que em contrapartida, dificultou um pouco a realização de uma análise situacional nesse momento pelo fato de ter passado mais tempo na unidade anterior.

Na UBS anterior contávamos com Saúde Bucal e não contávamos com especialistas, e na atual temos alguns especialistas e não contamos com saúde bucal, deixando aparente o quanto uma equipe multiprofissional poderia proporcionar uma melhor resolubilidade dos serviços de saúde oportunizando aos profissionais e usuários uma melhor resolução dos serviços na Atenção Básica, evitando o aumento da demanda em outros serviços de saúde.

Conforme o descrito, conclui-se que temos um grande trabalho pela frente onde teremos que levantar as reais necessidades dessa população para que seja possível programar estratégias de cuidados adequadas para essa população, não se esquecendo de levar em conta as particularidades de cada indivíduo. Enfim, temos um extenso trabalho para fazer, mas com dedicação e trabalho em equipe será possível trazer muitos benefícios à população e muito conhecimento para a equipe de saúde.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que a prevalência de DM no Brasil seja de 11,3% da população em 2030; a prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Essas patologias prejudicam muito a qualidade de vida dos portadores devido à alta morbimortalidade que acarretam, um diagnóstico precoce e um controle adequado são fundamentais principalmente a nível da atenção básica, pois, normalmente, é onde o paciente possui um acesso facilitado e um vínculo com o serviço.

A intervenção ocorrerá na unidade de saúde Arroio Grande, na cidade de Santa Cruz do Sul/RS. A unidade está adaptada em uma pequena casa e atualmente possui um consultório médico, uma sala de vacinação, uma sala de triagem e curativos, uma recepção, dois banheiros, uma cozinha e uma sala para armazenamento de medicação; a unidade não está adaptada para o acesso de deficientes e idosos. A equipe é composta por duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma enfermeira e uma médica do PROVAB, duas agentes comunitárias de saúde, três pediatras e duas ginecologistas que atendem um turno por semana e uma profissional de higienização durante dois dias da semana. Por ser um posto de saúde não possuímos uma área mapeada, mas estimamos que a população atendida seja de 2500 pessoas, aproximadamente 700 idosos (quase o dobro do número de idosos estimados pelo caderno de ações programáticas). Devido à alta prevalência de idosos existe uma necessidade de diagnóstico, cadastro e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Atualmente estão cadastrados 144 hipertensos e 47 diabéticos, um número muito aquém da realidade; 26% e 29%, respectivamente, do número estimado.

Entretanto, ao considerar o número total de idosos esses percentuais ficam ainda mais baixos. Essa realidade é reflexo da constante troca de profissionais da unidade, não criando um vínculo e um programa de assistência à população alvo. A qualidade do atendimento era precária, pois atendia uma demanda diária sem se preocupar com a promoção da saúde e o controle de doenças crônicas, logo não havia uma adesão adequada pois o usuário não recebia uma atenção e uma explicação sobre o seu problema de saúde.

Com a equipe da unidade fixa por um período e com o foco de prevenção e promoção de saúde nos atendimentos, e não apenas de cumprir a demanda, haverá uma melhora na saúde da população. A intervenção contará com a adesão de toda a equipe, pois precisamos de uma força-tarefa de busca ativa dos pacientes que não realizam o acompanhamento adequado e do diagnóstico e cadastramento dos hipertensos e diabéticos. A primeira dificuldade é não possuir uma área delimitada e de termos apenas duas ACS, deixando várias pessoas desassistidas nesse quesito. Além da falta de estrutura para a realização de grupos e outras ações comunitárias possuímos o desafio de mostrar aos usuários que a prevenção e o controle são fundamentais para prevenir eventos cardiovasculares. Desta forma, considerando a morbimortalidade da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus e os benefícios do tratamento eficaz, a realização desta intervenção torna-se fundamental para a melhoria da atenção em saúde desta população.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 – Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e Diabético no PS Arroio Grande, Santa Cruz do Sul/RS.

2.2.2 – Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 - Metas

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro as informações.

1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 - Metodologia

2.3.1 – Detalhamento de ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações e detalhamentos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: a equipe irá cadastrar e acompanhar semanalmente os dados dos pacientes através das fichas-espelho e das planilhas de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: diariamente a equipe irá registrar em planilhas os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela unidade.

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e/ou DM.

Detalhamento: a equipe irá realizar o acolhimento de forma preconizada pela rede humaniza sus.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste (glicosímetro e fitas) na unidade de saúde.

Detalhamento: a unidade já dispõe de material adequado para a realização desses procedimentos, as técnicas de enfermagem cuidarão do estoque e solicitarão reposição de material quando necessário junto à gestão.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: toda a equipe irá diariamente divulgar a existência deste programa na unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: haverá um cartaz na unidade com essa informação e a equipe convidará aos maiores de 18 anos para realizarem a aferição quando forem à unidade.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: haverá um cartaz na unidade com essa informação e a equipe irá realizar o rastreamento para DM se o usuário possuir pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: a equipe irá realizar essas orientações na sala de espera sempre que possível e a médica diariamente nas consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: a médica, na primeira semana, irá instruir as técnicas de enfermagem sobre a correta propedêutica da aferição da pressão arterial.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: a médica, na primeira semana, irá instruir as técnicas de enfermagem sobre a forma correta de medição da glicemia capilar através do hemoglicoteste.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Ações e detalhamentos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: a médica irá realizar o exame clínico geral e específico conforme preconizado pelo protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: em reunião realizada com equipe serão definidas as atribuições de cada profissional na realização do exame físico.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: definir um momento na primeira semana para que a médica realize a capacitação da equipe de acordo com os protocolos.

- Dispor de versão impressa e atualizada do protocolo na unidade de saúde.

Detalhamento: a médica irá solicitar à gestão a versão impressa do protocolo que será adotado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: toda a equipe irá orientar de forma contínua e individual os usuários que frequentam a unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: a médica irá realizar a capacitação da propedêutica adequada para a realização do exame físico pelas técnicas de enfermagem.

Meta 3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações e detalhamentos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: toda a equipe irá, semanalmente, revisar os registros para monitorar esses números.

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: toda a equipe irá, semanalmente, revisar os registros para monitorar esses números.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: os exames complementares já são solicitados pela médica sem restrições.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: os exames complementares definidos no protocolo já são prontamente realizados sem necessidade de espera.

- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: semanalmente, durante a realização da renovação de receitas e/ou durante a consulta, a médica irá averiguar a necessidade da solicitação de novos exames.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: as ACS durante as visitas domiciliares irão realizar essa orientação, assim como as técnicas de enfermagem durante a aferição de pressão arterial ou durante a realização de hemoglicoteste e, a médica em todas as consultas.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: a periodicidade dos exames será orientada pela médica em cada consulta realizada.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: na primeira semana, durante reunião com a equipe, a médica irá explicar quanto ao seguimento do protocolo para a realização de exames.

Meta 5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: semanalmente, as técnicas de enfermagem e as ACS irão monitorar o acesso aos medicamentos do programa.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: as técnicas, semanalmente, já realizam o registro de medicações necessárias aos usuários da unidade, será dada uma atenção maior aos pacientes hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: diariamente, durante a dispensação de medicação, a equipe orientará o usuário quanto ao acesso às medicações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: a equipe já possui conhecimento suficiente para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações e detalhamentos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: mensalmente, as ACS e as técnicas de enfermagem, monitorizarão as consultas em dia dos usuários cadastrados na unidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas por telefone.

Detalhamento: as técnicas de enfermagem possuem uma reserva semanal de 4 consultas que devem ser agendadas para pacientes provenientes das buscas por telefone.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: toda a equipe irá, diariamente, informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: em todas as consultas a médica irá esclarecer sobre a periodicidade das consultas, assim como as técnicas de enfermagem o farão durante a realização de procedimentos como aferição de PA e HGT.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar as técnicas de enfermagem e coordenadores dos grupos para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: a médica na primeira semana irá orientar a equipe quanto à periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações e detalhamentos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: a médica, em todas as consultas, utilizará uma ficha-espelho para monitorar a qualidade dos registros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: a médica irá solicitar à gestão a impressão, na primeira semana, de todas as planilhas necessárias.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: na primeira semana a médica irá orientar a equipe sobre o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: a médica irá se voluntariar para ser a responsável pelo monitoramento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: toda a equipe, durante as consultas e procedimentos, irá orientar sobre a manutenção e solicitação de segunda via dos registros de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.

Detalhamento: na primeira semana, a médica irá treinar a equipe quanto ao preenchimento de todos os registros pertinentes.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: na primeira semana, a médica irá treinar a equipe quanto ao registro adequado dos procedimentos.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: semanalmente, a médica irá monitorar esse número através dos registros realizados diariamente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Detalhamento: a equipe irá acolher os pacientes de alto risco e os encaminharão para consulta de forma prioritária.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: em cada consulta a médica irá orientar o usuário de forma individual.

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: em cada consulta, a médica irá prestar os esclarecimentos pertinentes a esse assunto.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: na primeira semana, a médica irá orientar a equipe quanto à estratificação de risco.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: na primeira semana, a médica orientará quanto ao registro adequado da informação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: a médica irá orientar a equipe, na primeira semana, quanto ao controle dos fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Ações e detalhamentos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: será monitorado pela médica em todas as consultas, junto à ficha-espelho do usuário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: será colocado um cartaz na unidade, no início da primeira semana, com orientações de uma nutricionista quanto à alimentação saudável.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar hipertensos/diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: de forma contínua, em todas as consultas e procedimentos clínicos a equipe irá realizar essa orientação.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: na primeira semana, uma das técnicas de enfermagem, por possuir formação em nutrição, irá realizar o treinamento da equipe.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: na primeira semana, a médica irá conversar com a equipe sobre esse assunto.

Meta 3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações e detalhamentos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação sobre a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: pela médica, em todas as consultas, junto à ficha-espelho do usuário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, medidas de cessação do tabagismo, práticas de higiene bucal e consultas com dentistas.

Detalhamento: a equipe irá fixar um cartaz na unidade com os benefícios da prática de atividade física regular e sobre medidas de higiene bucal; a médica irá conversar com a gestão para disponibilizar maior número de tratamento para cessar tabagismo e aumentar o número de consultas com odontólogos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar hipertensos/diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, as práticas de higiene bucal e disponibilidade de atendimento com dentista.

Detalhamento: de forma contínua, em todas as consultas e procedimentos clínicos a equipe irá realizar essas orientações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e medidas de higiene bucal.

Detalhamento: na primeira semana, a médica irá realizar esclarecimentos e orientações quanto a esses tópicos para a equipe.

2.3.2 – Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

- Numerador: número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.
- Denominador: número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

- Numerador: número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.
- Denominador: número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 1. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

- Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2. Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

- Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo.

- Numerador: número de hipertensos com exame complementares periódicos em dia.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 4. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo.

- Numerador: número de diabéticos com exame complementares periódicos em dia.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

- Numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Denominador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

- Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 1. Proporção dos hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

- Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2. Proporção dos diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

- Numerador: número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 1. Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Numerador: número de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2. Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Numerador: número de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Numerador: número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Numerador: número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

- Numerador: número de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

- Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 5. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 7. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 8. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística da intervenção

Os protocolos utilizados serão os disponibilizados nos Cadernos de Atenção Básica sobre Hipertensão e Diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Para realizar a intervenção no programa de Hipertensos e Diabéticos será adotado o cadastro do HIPERDIA, a ficha espelho desenvolvida pela UFPel (Anexo A), a estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham, além do registro no prontuário do paciente.

A ficha espelho permite um acompanhamento do paciente de uma forma mais detalhada e prática, pois aborda o controle laboratorial, exame físico, complicações e medicações em uso; essa ficha será preenchida no momento que o paciente ou a ACS realizar o agendamento da consulta, seu arquivamento será realizado diariamente por toda a equipe e o monitoramento será realizado semanalmente pela médica. Estimo

alcançar um total de 64 pacientes diabéticos e 224 pacientes hipertensos em acompanhamento. Realizarei contato com o gestor municipal para que eu possa dispor das fichas e escores na forma impressa para anexar ao prontuário do paciente. O controle da intervenção será realizado através do controle de dados obtidos no material supracitado.

Para que a intervenção seja realizada definimos em reunião as atribuições e competências dos profissionais da equipe de saúde, da mesma forma, foi acordado que as capacitações seriam realizadas em horários extras, devido à equipe não possuir um horário próprio para a realização de reuniões e capacitações. Abaixo seguem as atribuições de cada membro da equipe conforme definido em reunião.

Agente comunitário de saúde:

- Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- Encaminhar para rastrear a hipertensão arterial os indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez por ano, mesmo naqueles sem queixas.
- Identificar, na população geral, pessoas com fatores de risco para diabetes, ou seja, idade igual ou superior a 40 anos, obesidade, hipertensão, mulheres que tiveram filhos com mais de 4 quilos ao nascer e pessoas que têm pais, irmãos e/ou outros parentes diretos com diabetes.
- Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados com suspeitas de serem portadores de hipertensão.
- Encaminhar à unidade de saúde, à consulta de enfermagem e para avaliação glicêmica, as pessoas identificadas como portadores de fatores de risco para diabetes.
- Verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade.
- Verificar a presença de sintomas de elevação ou queda de açúcar no sangue, e encaminhar para consulta extra.
- Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso e/ou diabético, se está tomando com regularidade os medicamentos e cumprindo as orientações da dieta, atividade física, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.

- Registrar na sua ficha de acompanhamento o diagnóstico de hipertensão e diabetes de cada membro da família com idade superior a 20 anos.

- Encaminhar e auxiliar no cadastro HIPERDIA, os pacientes hipertensos e/ou diabéticos ainda não cadastrados.

Auxiliar de enfermagem:

- Verificar os níveis de pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde.

- Verificar os níveis de glicemia (hemoglicoteste) nos pacientes com fatores de risco para diabetes e nos diabéticos.

- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas a alimentação e a prática de atividade física rotineira.

- Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovasculares, em especial aqueles ligados à hipertensão e diabetes.

- Agendar e reagendar consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.

- Registrar anotações em ficha clínica.

- Cuidar dos equipamentos (esfigmomanômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessário.

- Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência.

- Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo orientações do enfermeiro da unidade.

- Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento.

- Acolher o paciente diabético e/ou hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio.

Enfermeiro:

- Capacitar e delegar atividades aos auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários. Supervisionar de forma permanente suas atividades de atendimento ao cliente hipertenso e/ou diabético.

- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando ao médico quando necessário.
- Realizar e capacitar as equipes para o uso do procedimento de medida da pressão arterial recomendado pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.
- Desenvolver atividades educativas de promoção da saúde, com todas as pessoas da comunidade. Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com pacientes hipertensos e/ou diabéticos.
- Estabelecer junto com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão (ex: grupos de hipertensos e/ou diabéticos).
- Verificar durante a consulta de enfermagem, se foram realizados exames mínimos estabelecidos no protocolo e necessários na consulta médica.
- Orientar a manutenção da medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.
- Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, não controlados, portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com comorbidades.
- Encaminhar para consultas médicas trimestrais, os indivíduos diabéticos bem controlados, hipertensos que mesmo apresentando controle da pressão arterial, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com comorbidades.
- Encaminhar para consultas médicas semestrais, os indivíduos hipertensos controlados e sem lesões em órgãos-alvo ou comorbidades.
- Realizar na consulta de enfermagem o exame dos membros inferiores para identificação do pé de risco. Avaliar, planejar, implementar e acompanhar com cuidados especiais, pacientes com os pés acometidos e com os pés em risco.
- Realizar glicemia capilar dos pacientes diabéticos a cada consulta e nos hipertensos não diabéticos uma vez por ano.
- Acolher o paciente diabético e/ou hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio.

Médico:

- Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação de fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando a estratificação do portador de hipertensão e/ou diabetes.

- Solicitar exames complementares mínimos estabelecidos nos consensos e quando necessário.

- Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso.

- Prescrever tratamento não medicamentoso e medicamentoso.

- Programar com a equipe estratégias para educação do paciente

- Encaminhar para a unidade de referência secundária e terciária, as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes de órgãos-alvo, com suspeitas de causas secundárias e aqueles em urgência/emergência hipertensiva.

- Encaminhar uma vez ao ano todos os pacientes diabéticos e ou hipertensos, para rastreamento das complicações crônicas: exames anuais recomendados com ressalva para o fundo de olho, proteinúria/microalbuminúria, eletrocardiograma ou avaliação cardiológica.

- Encaminhar para a unidade de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico.

- Encaminhar para a unidade de referência secundária os casos com diabetes gestacional, gestantes diabéticas e que necessitam de consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc).

- Perseguir obstinadamente os objetivos e metas do tratamento (níveis de pressão arterial, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle de lípidos e peso).

Todos os membros da equipe:

- Dispensar a medicação mediante apresentação de receita até o retorno.

- Identificar, solucionar e prevenir problemas relacionados aos medicamentos.

- Orientar o uso correto das medicações orais: horário de tomada, dosagem, armazenamento.

- Checar insulino terapia adequada: local de aplicação, horário, reutilização da seringa conforme protocolo, armazenamento.
- Orientar retorno mensal para fornecimento de medicamentos, tiras, lancetas e seringas.
- Escuta e acolhimento adequado dos aspectos emocionais dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos atendidos na Unidade de Saúde.
- Contribuir para a independência e autonomia do usuário enquanto seu funcionamento físico, mental, emocional e psicológico.
- Manter o nível de atividade do usuário para que não tenha sentimento de inutilidade.
- Cadastrar os pacientes diabéticos e/ou hipertensos no HIPERDIA.

Estabelecemos uma rotina de atendimento médico e de enfermagem ao hipertenso e/ou diabético, especificado abaixo:

Consultas médicas ocorrerão de segunda-feira a quinta-feira, nos dois turnos durante atendimento geral e/ou demanda livre e em dois turnos a serem decididos que serão exclusivos para pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Primeira consulta e anualmente:

História detalhada e exame físico

Peso (kg)/altura²(m)

Cálculo do índice de massa corpórea

Circunferência abdominal (cm) (medir na metade da distância entre a face inferior da última costela e a porção superior da crista ilíaca).

Pressão arterial em ambos os membros superiores e em pé

Sensibilidade protetora plantar nos diabéticos (teste do monofilamento de 10g)

Palpação de pulsos (pedioso e tibial posterior)

Inspeção da pele e dos pés

Solicitação de exames anuais e de fundo de olho (vide capítulo 10)

Glicemia jejum, pós-prandial e hemoglobina glicada (diabéticos)

Eletrocardiograma

Iniciar programa educativo

Orientação da dieta

Primeiro retorno:

Peso e circunferência abdominal (cm)

Pressão arterial

Verificar exames solicitados anteriormente

Continuar programa educativo

Retorno trimestral para diabéticos e semestral para hipertensos controlados:

Peso e circunferência abdominal (cm)

Pressão arterial

Glicemia jejum, pós-prandial e hemoglobina glicada (diabéticos)

Inspeção dos pés (diabéticos)

Continuar programa educativo

Consulta de Enfermagem:

Peso, altura, IMC e circunferência abdominal

Pressão arterial e glicemia capilar

Adesão à medicação atual

Autoaplicação de insulina/administração de antidiabéticos orais

Automonitorização da glicemia

Hábitos: fumo, álcool, sedentarismo e alimentação

Imunização

Conhecimento sobre diabetes e hipertensão;

Conhecimento sobre realização de medidas preventivas e de autocuidado,

Como o cliente está se cuidando

Necessidade de sensibilização educativa;

Habilidades de autocuidado;

Cavidade oral

Reforçar as orientações de autocuidado conforme necessidades identificadas;

Realizar exame físico geral destacando o exame de membros inferiores para risco de úlceras/amputação e avaliação dos calçados;

Convidar o paciente para participar do grupo de sensibilização educativa sobre DM/HA e autocuidado.

Reforçar a participação ativa do paciente no seu autocuidado negociando as metas que se pretende atingir no tratamento em curto e médio prazo.

Uma vez detectado o grau de risco, proceder ao planeamento do retorno ou a frequência das consultas (semestral, trimestral ou intervalos menores) e necessidade de encaminhamentos.

Retorno semestral:

- Pessoas até 60 anos, apresentando diabetes e/ou hipertensão;
- Pessoas sem presença de complicações crônicas;
- Pessoas com adequado conhecimento sobre diabetes e ou hipertensão;
- Pessoas com conhecimento de medidas preventivas e autocuidado;
- Pessoas com adequado controle metabólico e ou da pressão arterial;

Retorno trimestral

- Pessoas acima de 60 anos e idosas;
- Pessoas com longo tempo de diagnóstico do diabetes (≥ 10 anos);
- Pessoas com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial;
- Pessoas com presença de outras complicações crônicas decorrentes do DM/HAS (deficit visual, acidente vascular cerebral - AVC, dentre outros);
- Pessoas com inadequado controle metabólico (perante avaliação de exames laboratoriais que constam em prontuário) e/ou da pressão arterial;
- Pessoas tabagistas ativas;
- Pessoas com deficit de conhecimento sobre diabetes e ou hipertensão;
- Pessoas com deficit de conhecimento sobre medidas de prevenção e autocuidado;
- Pessoas apresentando frequentes episódios de hipo e hiperglicemia;
- Pessoas que moram sozinhas/isoladas ou com baixo grau de escolaridade;
- Pessoas com alguma limitação da mobilidade para realizar o autocuidado (problema de coluna ou joelhos, obesidade, dentre outros, avaliando a necessidade de remoção ou visita domiciliar);
- Pessoas com sensibilidade plantar comprometida;

- Pessoas com deformidades nos pés (dedos em martelo, dedos em garra, hálux valgo; pé de Charcot, úlcera ou amputação prévia, outros);
- Pessoas com doença vascular periférica.
- Pessoas em uso de insulina

Situações especiais:

A frequência dos retornos poderá ser em intervalos menores nos recém-diagnosticados, no início da automonitorização e/ou insulino-terapia, na presença de descompensação do diabetes mellitus/hipertensão arterial, presença de complicações agudas/crônicas, presença de feridas/amputações, necessidade inerente de cuidados com os pés e unhas, na identificação de estados depressivos e na necessidade de viabilizar o encaminhamento para consulta médica.

Neste grupo de pessoas a cada contato deve ser realizado exames físico geral com ênfase na avaliação do risco para úlcera/amputação, reforçando as orientações educativas de prevenção e autocuidado com os pés e calçados.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

[illegible]

3.Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente

Após as 12 semanas de intervenção foram realizadas as seguintes atividades dentro do cronograma estabelecido:

1. Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensão e diabetes.
2. Estabelecimento sobre o papel de cada profissional na ação programática.
3. Informação e orientação sobre fatores de risco, causas e complicações sobre HAS e DM para a população.
4. Cadastramento de 41,1% dos pacientes hipertensos e 56,9% dos pacientes diabéticos.
5. Capacitação das ACS para realizar busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos sem acompanhamento.
6. Atendimento clínico dos hipertensos e/ou diabéticos.
7. Monitoramento da realização de exame clínico, exames laboratoriais, risco cardiovascular, acesso aos medicamentos e promoção da educação em saúde.
8. Busca ativa dos pacientes-alvo faltosos às consultas.
9. Monitoramento da intervenção, controle dos registros e cadastros.

Totalizei 240 pacientes atendidos, destes 6 não foram cadastrados no HIPERDIA. Desse total, 4 pacientes não foram avaliados quanto ao risco cardiovascular e demais comorbidades e nem foram orientados sobre o tabagismo, pois estão faltosos às consultas, realizada busca ativa para eles e reagendada novo atendimento para avaliação do paciente e de exames cuja requisição foram entregues no momento da busca ativa.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente

Senti falta de ter realizado atividades em grupo, mas como o gestor já havia me comunicado que não seria viável devido a estrutura física e pessoal da unidade eu não cheguei a colocar no cronograma. Acordei com o gestor que levaria um tempo a mais nas consultas da população-alvo para poder passar as orientações e explicações para o paciente e seus acompanhantes/familiares.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

No início tive muita dificuldade com a coleta de dados e cooperação devido a uma técnica de enfermagem que não achava a população merecedora da intervenção e que esta não serviria para nada. Foram algumas semanas de trabalho dobrado revisando o que esta componente da equipe fazia até que ela foi trocada de unidade. Com a técnica que veio no lugar dela a coleta de dados ficou mais fácil pois toda a equipe estava engajada na intervenção. Nas últimas semanas comecei a ter novos problemas pois a enfermeira da unidade, que também era PROVAB, recebeu uma proposta de emprego e saiu do município e do programa. Sem enfermeira as primeiras semanas foram mais difíceis para coletar os dados pois ela que supervisionava o resto da equipe e me ajudava de uma forma mais ativa na orientação e atendimento dos pacientes.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Com a saída da enfermeira a gestão não colocou ninguém no lugar dela e isso acabou unindo ainda mais a equipe, pois agora tínhamos que assumir funções que

não nos cabiam. Essa união tornou a intervenção possível, pois deixou de ser um projeto meu para se tornar da unidade, sendo implementada na unidade, mesmo no dia que eu não estava presente. Há duas semanas acordei com o gestor que manteríamos fixo alguns turnos da tarde para mantermos o trabalho com a população de hipertensos e/ou diabéticos.

Ao analisar os indicadores referentes aos hipertensos, percebe-se que alguns possuem uma diminuição do percentual no segundo mês quando comparado com o primeiro, essa redução ocorre devido ao número de paciente faltosos que não compareceram na consulta e portanto não foram avaliados, que no primeiro mês foi de um paciente e no segundo mês foi de 3 pacientes (já somando o do primeiro mês). Ao compararmos o segundo com o terceiro mês vemos que os indicadores voltam a crescer, devido ao resultado da busca ativa dos pacientes faltosos nos 2 primeiros meses; totalizando 230 pacientes com apenas 4 pacientes que não estavam de acordo com o protocolo.

Em relação aos indicadores dos diabéticos percebemos que eles tiveram uma queda do segundo para o terceiro mês devido a um paciente faltoso, o que não havia ocorrido ainda com essa população. De todos os indicadores o que mais chama atenção é o referente ao uso de medicações que fazem parte da farmácia popular. A maioria dos pacientes já estava em tratamento para sua doença de base e muitos desses pacientes são oriundos de outros serviços de saúde, que não se preocupavam em prescrever medicações que o paciente teria maior facilidade em adquirir. Ao conversar com os pacientes a maioria optou por não realizar a troca da medicação em uso por outra que teria na farmácia popular pois alegava já estar adaptado e com sua doença controlada com a medicação em uso.

Acredito que só consegui alcançar as metas propostas devido ao empenho e trabalho da equipe, que adotou essa intervenção. Mesmo sem termos um sistema informatizado nós possuíamos o controle dos pacientes que estavam em dia e dos faltosos. Quando algum faltava já se entrava em contato para saber o motivo e já era realizada a orientação ao paciente e/ou familiares para procurar a unidade. Assim que

o paciente passava pela triagem as técnicas já anotavam todos os dados na ficha espelho e no prontuário, após o atendimento comigo eu também já realizava a atualização das fichas espelho e dos prontuários, dessa forma era fácil no final da semana alimentar a planilha e fazer o levantamento dos atendimentos. A gestão apesar de ter algumas restrições como a realização de grupos e, inicialmente de visitas domiciliares e de reuniões de equipe, foi muito flexível e sempre apoiou a intervenção e o projeto, fazendo com que eu tivesse um suporte sempre que precisei; atitude essa que viabilizou a concretização da intervenção e alcance das metas propostas.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria a saúde do hipertenso e/ou diabético no território correspondente ao Posto de Saúde Arroio Grande estima-se que haja uma população de aproximadamente 2500 pessoas. Dessas, cerca de 559 seriam hipertensos maiores de 20 anos e 160 diabéticos maiores de 20 anos. Por ser uma UBS (Unidade Básica de Saúde que atendia na modalidade tradicional) não possuíamos o registro adequado dos pacientes hipertensos e diabéticos que se encontravam em acompanhamento na unidade. Ao longo da implantação da intervenção pude perceber o quanto que esse atendimento era precário, principalmente através da evolução dos indicadores e do feedback da população durante as 12 semanas de implantação do projeto.

1) Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde:

Ao longo da intervenção podemos observar a evolução da cobertura de atenção aos hipertensos e/ou aos diabéticos no decorrer das 12 semanas.

No primeiro mês possuíamos 12,3% dos hipertensos sendo acompanhados na UBS, no segundo mês esse percentual passou para 24,2% e ao término do registro da intervenção já possuíamos 41,1% dos hipertensos em acompanhamento; um pouco acima da meta estipulada de 40% no início do projeto. Esses percentuais em valores absolutos correspondem à 69, 135 e 230 usuários, respectivamente.

A cobertura referente aos diabéticos foi ainda mais surpreendente, no final de 4 semanas possuíamos 21 usuários em acompanhamento (13,1%), no segundo mês de intervenção mais que dobramos o número de diabéticos em acompanhamento, atingindo 28,8% (46 pacientes) da população de diabéticos; no final das 12 semanas pudemos observar que não só atingimos a nossa meta de 40% dos usuários

cadastrados, como chegamos ao total de 91 diabéticos em acompanhamento, correspondendo à 56,9% dos diabéticos com mais de 20 anos.

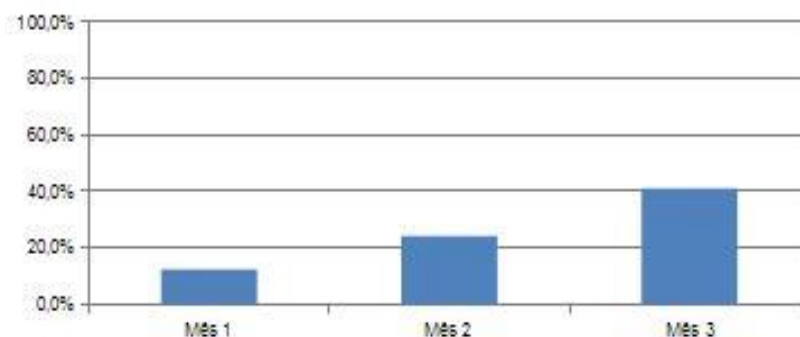


Figura 1. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde do Arroio Grande. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

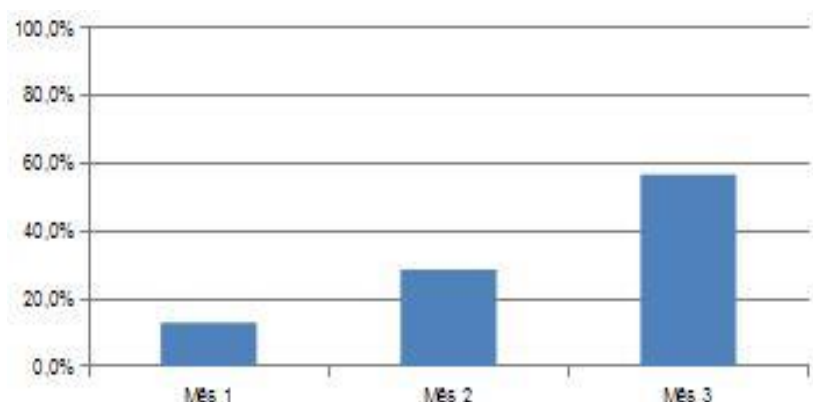


Figura 2. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde do Arroio Grande. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

2) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo:

Em relação ao exame clínico em dia de acordo com o protocolo nos pacientes hipertensos percebemos uma variação nos indicadores; no primeiro mês dos 69 pacientes em acompanhamento 1 não estava em dia com o protocolo por ter faltado

à consulta, o indicador no final do mês correspondia à 98,6%; No segundo mês tivemos uma queda no indicador, pois mesmo que o paciente faltoso no primeiro mês tenha realizado a consulta, tivemos mais três pacientes faltosos, fechando um total de 132 pacientes em dia com o protocolo, cerca de 97,8% de um total de 135 pacientes acompanhados na unidade; No final das 12 semanas terminamos a coleta de dados da intervenção com 226 pacientes em conformidade com o protocolo, 98,3% do total de 230 pacientes que estavam em acompanhamento na unidade.

No que diz respeito aos pacientes diabéticos nós observamos uma queda nos indicadores, isso ocorreu devido ao fato de no primeiro e segundo mês não termos nenhum paciente que estava em desacordo com o protocolo, fato que ocorreu com um paciente no último mês, fazendo com que houvesse a queda dos indicadores de 100% para 98,9%.

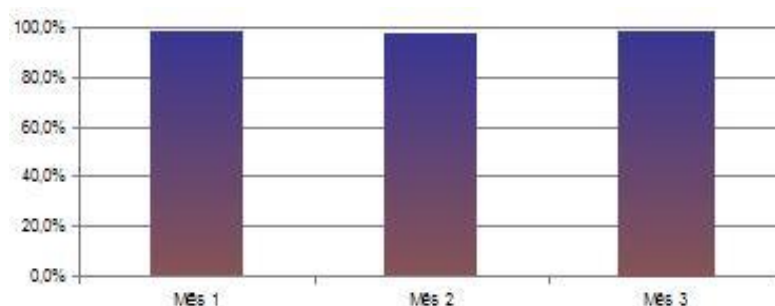


Figura 3. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

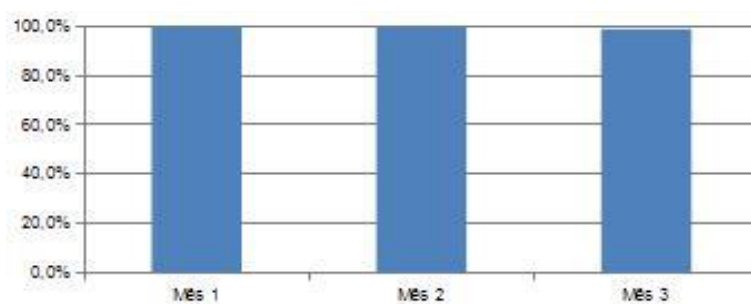


Figura 4. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

3) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

Em relação aos exames complementares pudemos observar que alguns pacientes hipertensos não possuíam o hábito de trazer o resultado dos exames para que o médico visse. No primeiro mês três pacientes não trouxeram o resultado dos exames, o que significa que dos 69 pacientes em acompanhamento, 95,7% estivessem de acordo com o protocolo. No segundo mês esse percentual foi 96,3%, ou seja, 130 dos 135 pacientes estavam em conformidade com o proposto. No terceiro mês 98,3% dos pacientes estavam em dia, isso evidencia que apenas 4 pacientes do total de 230 pacientes acompanhados estavam faltosos e não haviam mostrados seus exames na unidade.

Em relação aos diabéticos novamente tivemos uma queda dos indicadores no decorrer da intervenção, pois no terceiro mês tivemos um paciente que não mostrou o resultado dos seus exames, fazendo com que os indicadores passassem de 100% (21 e 46 pacientes no primeiro e segundo mês, respectivamente) para 98,9% (90 usuários).

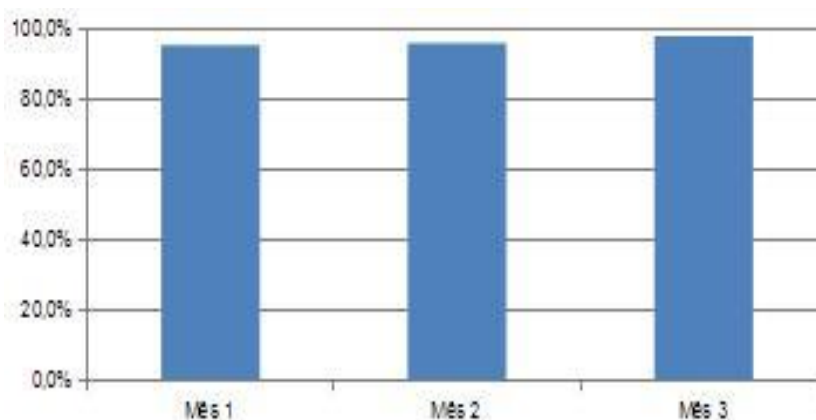


Figura 5. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

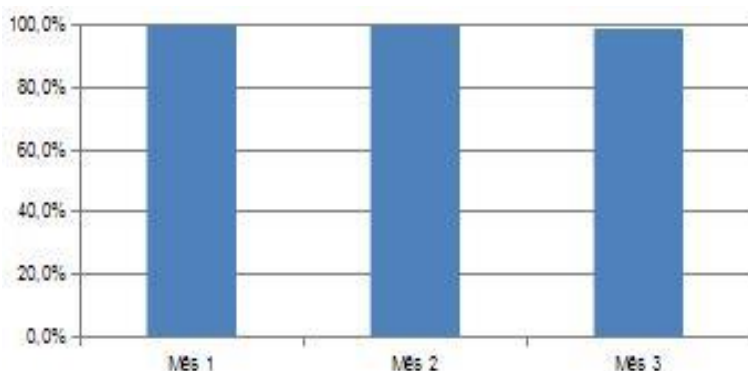


Figura 6. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

4) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada:

Nessa meta tivemos uma grande variação dos indicadores, isso ocorre devido ao fato de muitos pacientes já estarem em tratamento e acompanhamento com outros profissionais como cardiologistas e endocrinologistas, que não possuem o hábito de prescrever as medicações da farmácia popular/HIPERDIA. Conversando com os pacientes que não usavam essas medicações priorizadas a maioria optou por manter a medicação em uso por já estar adaptado e/ou com bom controle da doença de base.

No que diz respeito aos hipertensos que realizam uso de medicação no primeiro mês 70,6%, ou seja, 48 pacientes utilizavam medicações da farmácia popular/HIPERDIA; no segundo mês esse percentual vai para 72,2% (56 pacientes) e no terceiro mês volta a cair, correspondendo à 67% (152 pessoas) do total de pacientes hipertensos acompanhados na unidade que utilizam medicação.

Em relação aos diabéticos esse percentual no primeiro mês corresponde à 61,9% (13 pacientes), aumentando para 62,2% (28 usuários) no segundo mês e tornando a diminuir para 61,1% no terceiro mês, 55 pacientes do total que está em acompanhamento.

Vale ressaltar que um dos pacientes diabéticos e três dos pacientes hipertensos obtiveram controle dos níveis glicêmicos e pressóricos, respectivamente, apenas com mudanças do estilo de vida.

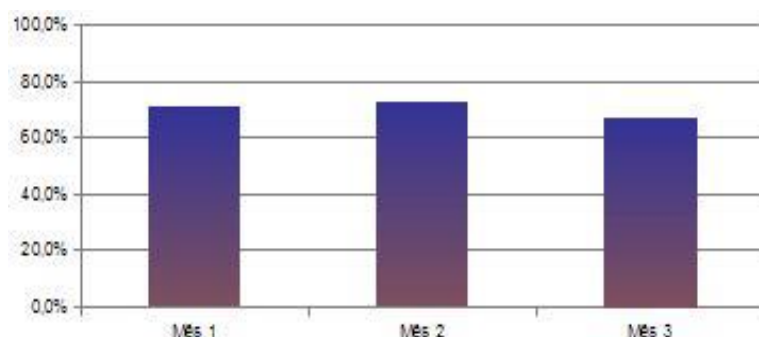


Figura 7. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

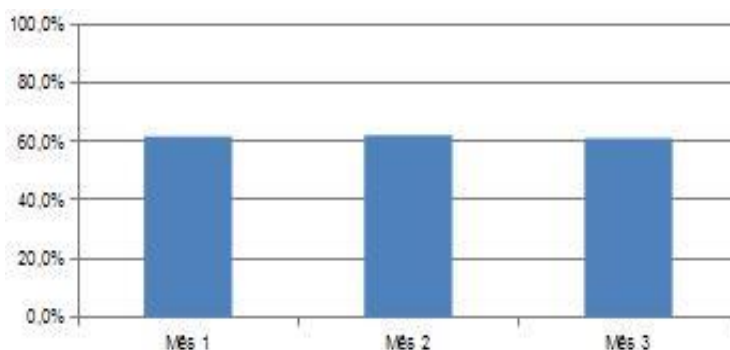


Figura 8. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

5) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico:

Esse indicador foi muito especial, pois a maioria dos pacientes nunca havia sido avaliada quanto à necessidade de atendimento odontológico.

Assim como em outros indicadores só não foram avaliados os pacientes faltosos. No primeiro mês tivemos apenas um paciente hipertenso que não foi avaliado, sendo que 68 pacientes (98,6%) em acompanhamento foram avaliados e

encaminhados ao odontólogo conforme necessidade; no segundo mês o número de pacientes não avaliados foi de 3 pacientes, todos faltosos, mantendo um percentual de 97,8%, 132 pacientes avaliados. No final das 12 semanas realizamos a avaliação de 226 usuários, 98,3% do total dos pacientes em acompanhamento na unidade devido à hipertensão.

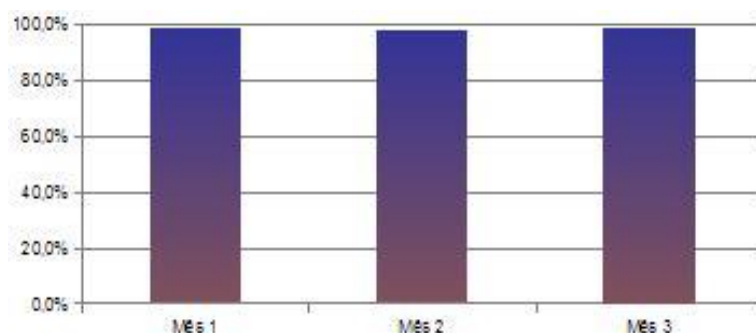


Figura 9. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

Do ponto de vista dos pacientes diabéticos em acompanhamento no primeiro e segundo mês 100% (21 e 46 pacientes, respectivamente) haviam sido avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, mas no terceiro mês esse indicador caiu para 98,9% (90 pacientes) devido a um paciente estar em falta na consulta, impedindo que a avaliação fosse realizada.

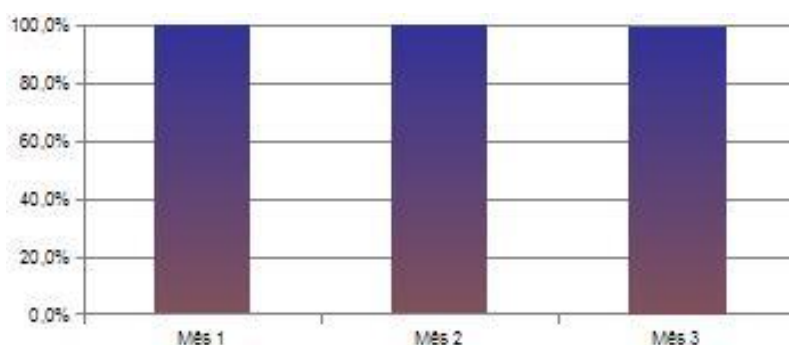


Figura 10. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

6) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas com busca ativa:

Desde o primeiro dia de intervenção, durante as 12 semanas de coleta de dados e atualmente realizamos busca ativa de 100% dos pacientes faltosos. No primeiro mês tivemos 9 pacientes que tivemos que realizar busca ativa, no segundo mês foram 25 pacientes e no final das 12 semanas totalizamos 34 pacientes que tivemos que realizar busca ativa.

Em relação aos pacientes diabéticos no primeiro mês eram 3 pacientes, no segundo mês tivemos 6 pacientes faltosos e no final do terceiro mês totalizamos 8 pacientes diabéticos faltosos às consultas que tivemos que realizar busca ativa (100% dos pacientes faltosos nos 3 meses).

Essa busca ativa só foi bem sucedida pelo empenho da equipe que entrava em contato com o paciente no dia da consulta para saber o motivo da falta e das duas agentes comunitárias de saúde, que realizavam a busca mesmo em outras áreas.

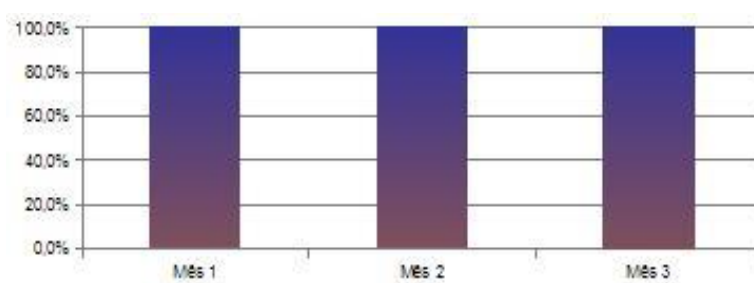


Figura 11. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

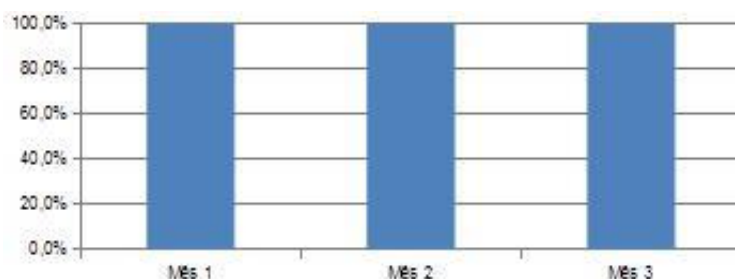


Figura 12. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

7) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

No final do primeiro mês tivemos 2 pacientes hipertensos que não estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento, logo, 97,1%, 67 pacientes em acompanhamento estavam com o registro adequado. No segundo mês três pacientes estavam com registro inadequado, sendo que 97,8% (132 pacientes) estavam com o registro adequado. Ao término das 12 semanas 4 pacientes estavam com o registro inadequado, totalizamos 98,3%, 226 pacientes hipertensos em acompanhamento na unidade com o registro adequado.

Em relação aos pacientes diabéticos percebemos no primeiro mês um indicador de 98,2% dos pacientes (21 indivíduos) com registro adequado. No segundo mês atingimos 46 pacientes (100%) com registro adequado, entretanto no terceiro mês tivemos um paciente faltoso, o que fez com que o indicador caísse para 98,9% dos pacientes com registro adequado, um total de 90 pacientes.

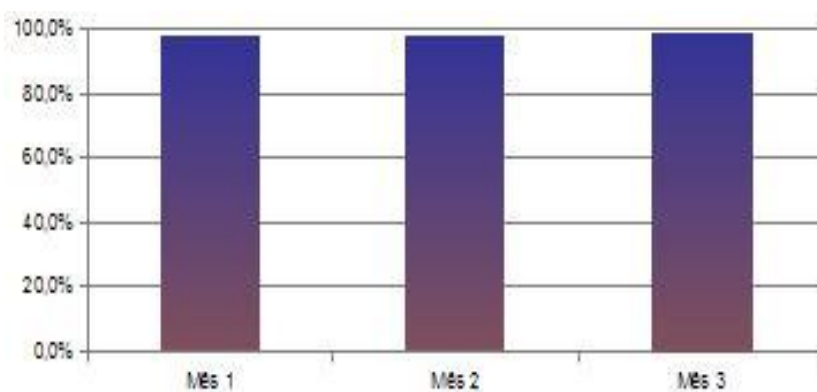


Figura 13. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

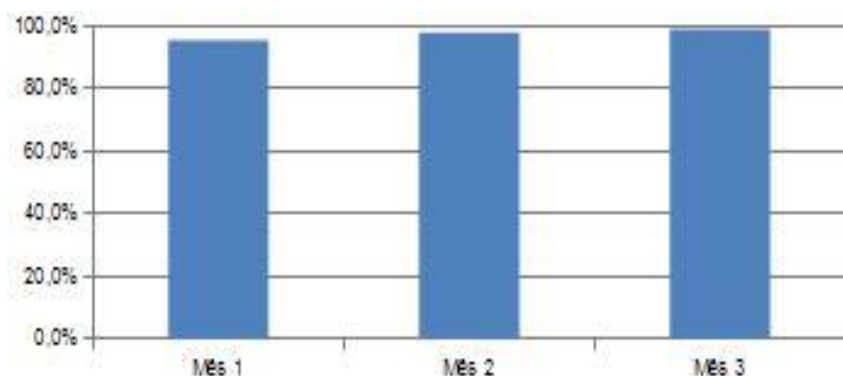


Figura 14. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

8) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia:

Ao analisarmos os indicadores dos pacientes hipertensos com a estratificação de risco cardiovascular vemos que no primeiro mês tínhamos 68 pacientes (98,6%) estratificados; no segundo mês esse indicador passa para 97,8%, 132 pacientes dos 135 estavam estratificados. Ao término das 12 semanas observamos que 98,3% da população hipertensa (226 pacientes) em acompanhamento estavam estratificados quanto ao risco cardiovascular conforme o exame clínico.

No que diz respeito aos pacientes diabéticos em acompanhamento na unidade nos dois primeiros meses nós possuíamos 100% (21 no primeiro mês e 46 pacientes no segundo mês) dos pacientes com a estratificação de risco cardiovascular conforme o exame clínico, no terceiro mês tivemos um paciente faltoso e por isso não pode ser avaliado do ponto de vista cardiovascular, fazendo com que o indicador caísse para 98,9% (correspondendo à 90 pacientes).

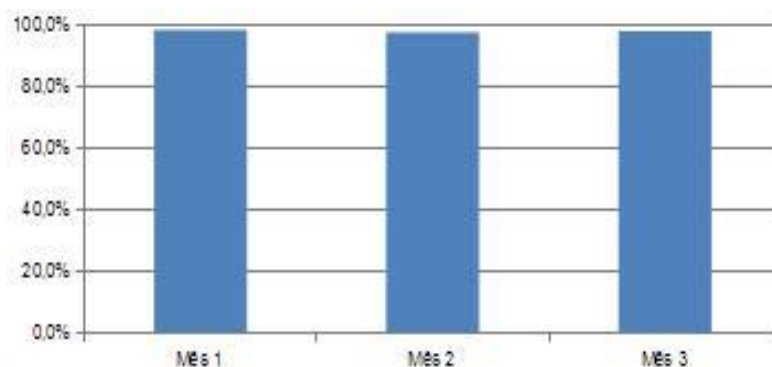


Figura 15. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

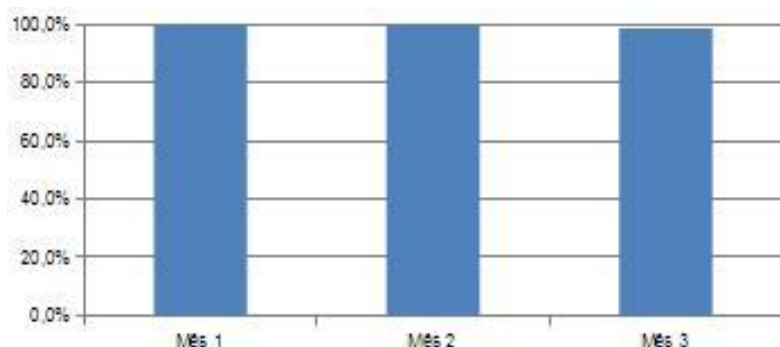


Figura 16. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

9) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

Mais uma vez observamos a variação dos indicadores conforme o número de pacientes faltosos e que por não comparecerem a unidade não puderam receber a orientação sobre alimentação.

No primeiro mês dos 69 pacientes em acompanhamento 1 não foi orientado por faltar à consulta, o indicador no final do mês correspondia à 98,6% (68 pacientes); No segundo mês tivemos uma queda no indicador, pois mesmo que o paciente faltoso no primeiro mês tenha realizado a consulta, tivemos mais três pacientes faltosos,

fechando um total de 132 pacientes que receberam orientação, 97,8% de um total de 135 pacientes acompanhados na unidade; No final das 12 semanas terminamos a coleta de dados da intervenção com 226 pacientes adequadamente orientados quanto à alimentação saudável, cerca de 98,3% do total de pacientes hipertensos em acompanhamento.

No que diz respeito aos pacientes diabéticos nós observamos uma queda nos indicadores, isso ocorreu devido ao fato de no primeiro e segundo mês não termos nenhum paciente que não fosse orientado, fato que ocorreu com um paciente no último mês, fazendo com que houvesse a queda dos indicadores de 100% (21 e 46 pacientes, respectivamente) para 98,9% (90 usuários).

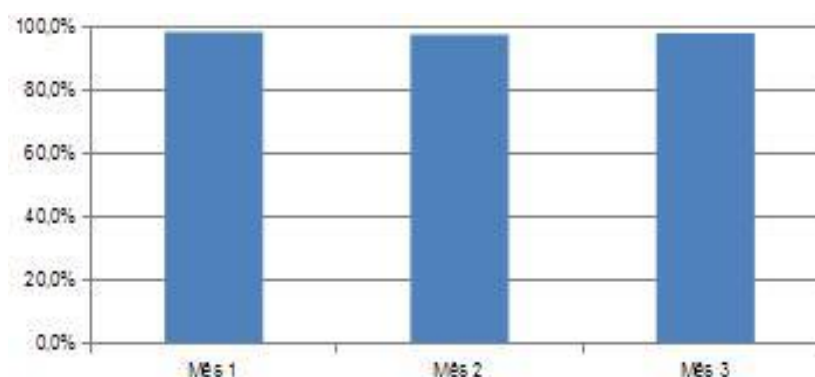


Figura 17. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre atenção saudável. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

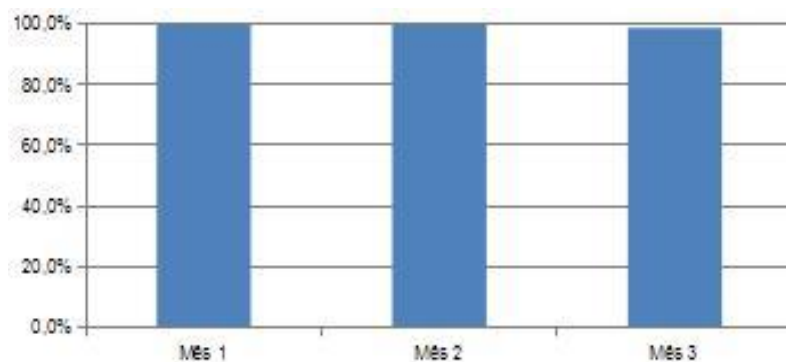


Figura 18. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre atenção saudável. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

10) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular:

Ao analisarmos os indicadores vemos que no primeiro mês possuíamos 98,6%, 68 pacientes hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física; no segundo mês esse indicador cai para 97,8% (132 indivíduos), pois o número de pacientes faltosos sobe para 3 pacientes; no último mês voltamos a ter um aumento do indicador, chegando a 226 pacientes, 98,3% do total de pacientes hipertensos em acompanhamento na unidade que receberam a orientação quanto à prática de atividade física regular.

Em relação aos pacientes diabéticos nós observamos que os indicadores são constantes durante o primeiro e segundo mês, no terceiro mês eles caem de 100% (21 e 46 pacientes, respectivamente) para 98,9% (90 pacientes) devido a um paciente faltoso que não pode ser orientado sobre a prática de atividade física regular.

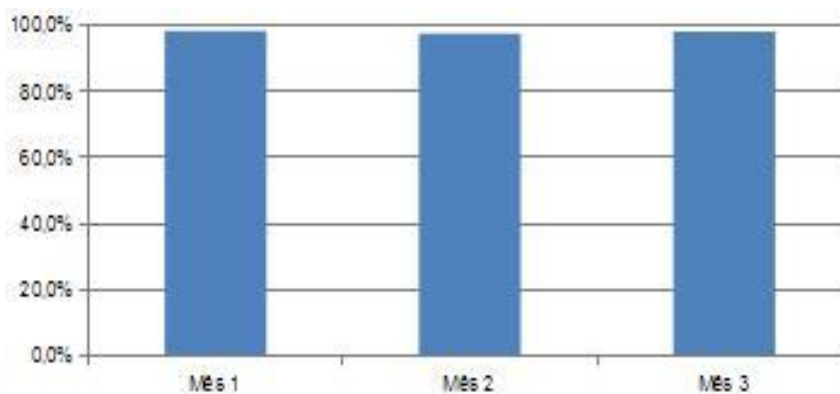
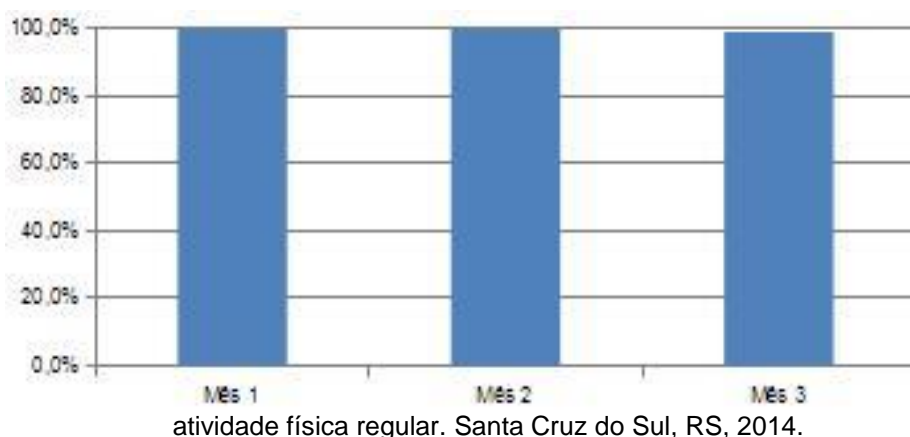


Figura 19. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

Figura 20. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de



11) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo:

Em relação à orientação sobre o tabagismo observamos que alguns pacientes hipertensos faltaram à consulta e por isso não puderam ser orientados. No primeiro mês um paciente não foi orientado, o que significa que 68 pacientes em acompanhamento, (98,6% do total) receberam as devidas orientações. No segundo mês esse percentual foi 97,8%, ou seja, 132 pacientes foram orientados. No terceiro mês 98,3% dos pacientes receberam orientação e que apenas 4 pacientes do total de 230 pacientes acompanhados estavam faltosos e por isso não foram adequadamente orientados quanto ao tabagismo.

Em relação aos diabéticos novamente tivemos uma queda dos indicadores no decorrer da intervenção, pois no terceiro mês tivemos um paciente que não compareceu a consulta, não podendo ser orientado, fazendo com que os indicadores passassem de 100% (21 pacientes no primeiro mês e 46 pacientes no segundo mês) para 98,9% (90 pacientes).

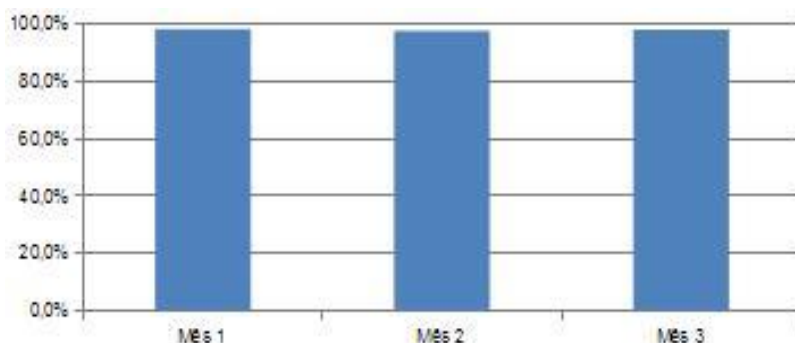


Figura 21. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

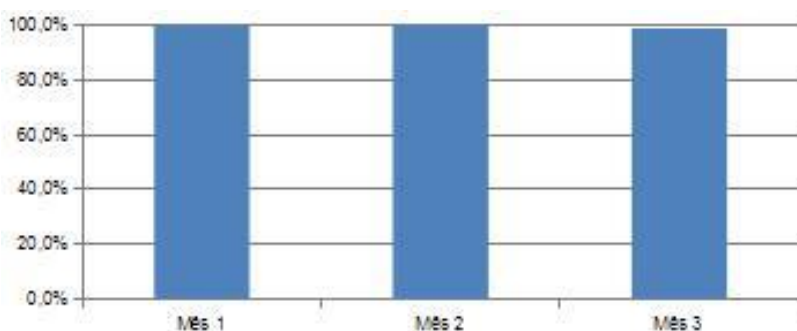


Figura 22. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

12) Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal:

Assim como em outros indicadores só não orientamos os pacientes faltosos.

No primeiro mês tivemos apenas um paciente hipertenso que não foi orientado sendo que 98,6%, 68 pacientes, em acompanhamento foram orientados sobre a higiene bucal; no segundo mês o número de pacientes sem orientação foi de três pacientes, mantendo um percentual de 97,8%, 132 pacientes orientados. No final das 12 semanas orientamos 98,3% (226 usuários) do total dos pacientes em acompanhamento na unidade devido à hipertensão, apenas 4 pacientes não foram orientados por estarem em falta no acompanhamento.

Do ponto de vista dos pacientes diabéticos em acompanhamento no primeiro e segundo mês 100% (21 e 46 pacientes, respectivamente) foram orientados quanto à saúde bucal, mas no terceiro mês esse indicador cai para 98,9% (90 pacientes) devido a um paciente estar em falta na consulta, impedindo que a orientação fosse realizada.

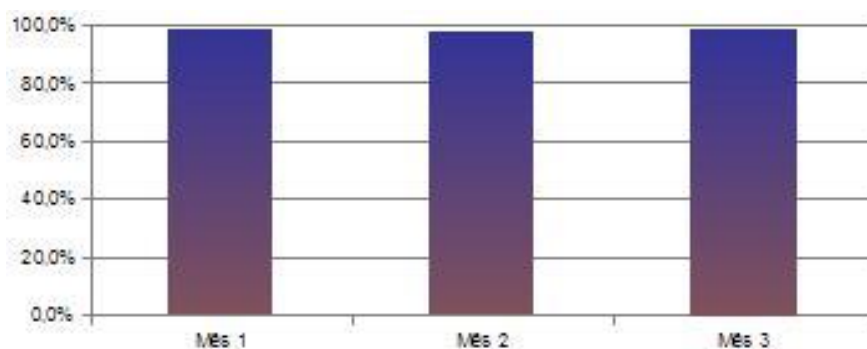


Figura 23. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

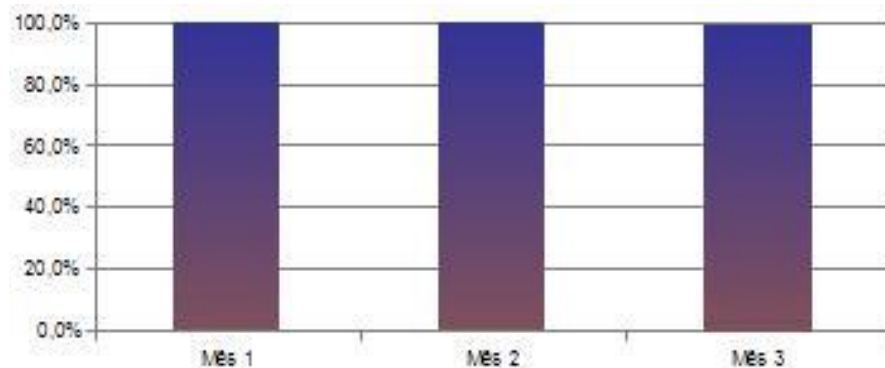


Figura 24. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

Durante as 12 semanas de intervenção tivemos algumas dificuldades. No início uma das técnicas achava que a população não era merecedora da intervenção e por isso o projeto era perda de tempo, após conversa com o gestor essa técnica foi trocada. A enfermeira da equipe que estava através do PROVAB recebeu uma proposta de trabalho e se desligou do programa. Tivemos ainda um período que

passamos em vigência de um decreto de calamidade pública com a ameaça de fechamento da única emergência da cidade, o que sobrecarregou bastante o trabalho das unidades e acabou atrasando um pouco a intervenção. Diante de todos esses imprevistos tive a ajuda da equipe para contornarmos as adversidades e darmos continuidade ao projeto de intervenção, além da ajuda da gestão que, na medida do possível, tentava resolver os problemas que levávamos até eles.

4.2 Discussão

O projeto de intervenção desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Arroio Grande, Santa Cruz do Sul, RS, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos através de um novo modelo de atendimento e da busca ativa realizada pela equipe; além de mudarmos a forma de atendimento mudamos também a forma como registramos e acompanhamos o paciente, assim pudemos ter um maior controle do seguimento e uma maior qualidade no atendimento prestado, que passou a ser humanizado, amplo e voltado ao paciente.

Quando iniciei minhas atividades na unidade os pacientes chegavam todos no mesmo horário para a consulta que era por ordem de chegada. Como haviam pacientes que chegavam às 8h para serem atendidos às 11:30 eu estipulei que as consultas seriam por horário. Acordei com o gestor que teria os turnos da tarde para atender, especificamente, a população-alvo da intervenção.

No dia anterior à consulta a equipe entrava em contato com os pacientes da intervenção para lembrar da consulta e da importância de comparecer a ela, caso o paciente não pudesse comparecer já informava e era remanejado para outra data, assim como o horário que ele não poderá comparecer transferido a outro usuário; se mesmo assim o paciente faltava à consulta era então realizada a busca ativa para saber o motivo e captar o paciente novamente para o vínculo com a unidade e com o projeto.

Na qualificação da atenção, realizamos antes um treinamento e uma qualificação da equipe da unidade, a partir disso ampliamos o atendimento do paciente

para além da doença de base e começamos a orientar e avaliar questão de hábitos de vida (como prática de atividade física, alimentação adequada e cessar tabagismo), ambiente socioeconômico/familiar, estratificação do risco cardiovascular e comprometimento de órgão-alvo (rins, olhos, coração, sistema nervoso).

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integração de toda a equipe (médica, enfermeira, técnicas em enfermagem, agentes comunitárias de saúde e recepcionista), sendo extremamente importante o papel de cada integrante para o desenvolvimento da intervenção.

Como atribuições comuns a todos os profissionais tem-se as orientações de saúde, pesquisa de fatores de risco e análise dos indicadores. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como no comprometimento com o paciente e com a promoção à saúde, realização de atendimento à demanda espontânea (inexistente na unidade), complementação dos integrantes da equipe (durante a intervenção a enfermeira saiu do programa e continuamos com apenas duas agentes comunitárias de saúde para 2500 pessoas), melhora das condições de atendimento (o posto não possui estrutura, tendo goteiras, faltando luz e com apenas um consultório precário – a gestão não realizou melhorias pois está sendo construída uma nova unidade que será entregue em abril e então fecharão a atual).

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes não aconteciam de forma adequada nem através dos médicos da unidade. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à população de uma forma mais abrangente e humanizada, onde existe uma preocupação com o bem-estar do usuário e não apenas atender sem vínculo. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. O impacto da intervenção ainda é incipiente na comunidade. A população em geral se mostrou

satisfeita com as mudanças realizadas na unidade para a realização da intervenção. Muitos nunca haviam sido examinados de forma minuciosa ou escutados com atenção e interesse. Algumas pessoas ficaram insatisfeitas por estar demorando um pouco mais para conseguir um agendamento não prioritário, por outro lado muitas estão contentes por existir a acolhida e assim diminuir o número de consultas em emergências. A maioria dos usuários que não são da população-alvo possuem algum familiar que é e acabou recebendo as orientações e explicações sobre as doenças de base e, assim, conseguem compreender melhor o projeto e a nova forma de funcionamento da unidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se eu não tivesse sido trocada de unidade pela gestão, pois perdi um tempo para conhecer a realidade da nova unidade. Além disso, a falta de agentes comunitárias de saúde e de uma área delimitada dificultaram um pouco a cobertura da intervenção que poderia ter sido maior. Desde o início do projeto a equipe esteve integrada, tive problema apenas com uma técnica de enfermagem que foi substituída, porém a equipe está incompleta e como incorporamos a intervenção à rotina do serviço, precisamos de mais pessoas para termos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção está incorporada à rotina do serviço. Para isto, continuamos o trabalho de cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos, além do acompanhamento minucioso da saúde do usuário e conscientização constante da equipe de saúde e da comunidade em relação à necessidade de rastreamento e promoção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos e da população com fatores de risco.

Nos próximos meses, teremos a equipe completa, pois estamos aguardando a convocação de enfermeiras e agentes comunitárias de saúde que foram aprovadas em concurso público realizado no segundo semestre desse ano. Espero que com a equipe completa eu consiga aumentar mais ainda a cobertura da população-alvo. Para o ano que vem teremos a mudança de unidade que passará a ser de porte 2, com mais de uma equipe, materiais e espaço físico para a realização de grupos e outras atividades comunitárias.

Tomando este projeto como exemplo, também poderemos implementar o projeto de avaliação e promoção da saúde no idoso na unidade.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que a prevalência de DM no Brasil seja de 11,3% da população em 2030; a prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Essas patologias prejudicam muito a qualidade de vida dos portadores devido à alta morbimortalidade que acarretam, um diagnóstico precoce e um controle adequado são fundamentais principalmente ao nível da atenção básica, pois, normalmente, é onde o paciente possui um acesso facilitado e um vínculo com o serviço.

A intervenção ocorreu na unidade de saúde Arroio Grande, na cidade de Santa Cruz do Sul/RS. A unidade está adaptada em uma pequena casa e não possui estrutura física e recursos humanos adequados. A equipe inicialmente era composta por duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma enfermeira e uma médica do PROVAB, duas agentes comunitárias de saúde, três pediatras e duas ginecologistas que atendem um turno por semana e uma profissional de higienização durante dois dias da semana. Ao longo da intervenção tivemos a mudança de uma técnica que não se adequava ao trabalho em equipe e estava prejudicando o projeto, além dessa troca tivemos a desistência da enfermeira da unidade que também era PROVAB.

Não possuímos uma área mapeada, mas estimamos que a população atendida seja de 2500 pessoas, aproximadamente 700 idosos (quase o dobro do número de idosos estimados pelo caderno de ações programáticas). Devido à alta

prevalência de idosos existe uma necessidade de diagnóstico, cadastro e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Quando comecei a trabalhar na unidade percebi que a população não possuía um vínculo com o médico, pois não possuía um profissional fixo na unidade. Os pacientes eram atendidos por ordem de chegada o que gerava uma superlotação da sala de espera com pacientes que chegavam às 8h da manhã para serem atendidos às 11:30h. Juntamente com a equipe e com a gestão acordamos em colocar as consultas por horário marcado e seriam realizadas durante 8 turnos por semana. A intervenção foi escolhida com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Inicialmente estavam cadastrados no HIPERDIA 144 hipertensos e 47 diabéticos, um número muito aquém da realidade; 26% e 29%, respectivamente, do número estimado. Essa realidade era reflexo da constante troca de profissionais da unidade, não criando um vínculo e um programa de assistência à população alvo. A qualidade do atendimento era precária, pois atendia uma demanda diária sem se preocupar com a promoção da saúde e o controle de doenças crônicas, logo não havia uma adesão adequada pois o usuário não recebia uma atenção e uma explicação sobre o seu problema de saúde.

Estipulamos os turnos da tarde para o atendimento da população-alvo, decidimos em reunião o papel de cada integrante da equipe na intervenção e realizamos uma capacitação para que todos pudessem realizar seu trabalho com qualidade. Não conseguimos realizar atividades de grupos, devido à estrutura da unidade, mas conseguimos de forma individual e em conjunto com a ajuda dos familiares realizar a educação e promoção à saúde da população-alvo. Realizamos busca ativa de todos os pacientes faltosos e em desacordo com o protocolo.

Ao término das 12 semanas de intervenção não só aumentamos o número de cadastros no HIPERDIA, mas criamos um vínculo com a comunidade. Todos os pacientes cadastrados estão em acompanhamento na unidade e agora entendem melhor a sua doença de base e as complicações que ela pode ocasionar, dessa forma

aumentaram o cuidado com a sua saúde para obter um controle mais adequado da hipertensão e/ou da diabetes. A cumplicidade criada entre a equipe e a comunidade foi fundamental para que a intervenção fosse um sucesso e incorporada no cotidiano da unidade, sendo continuada mesmo após o término das 12 semanas. A compreensão e o apoio da gestão também foi fundamental para que as metas fosse atingidas; mesmo com algumas restrições (principalmente de infraestrutura) a gestão sempre esteve pronta para tentar resolver os problemas que surgiam e providenciar materiais necessários para que a ação fosse desenvolvida.

Aumentamos o acompanhamento dos hipertensos para 41,1% do total de hipertensos, isso significa que temos 230 pacientes em acompanhamento regular e comprometidos com sua saúde e qualidade de vida. No que diz respeito aos diabéticos, atingimos 56,9% dos doentes, o que significa que 91 pacientes estão em acompanhamento na unidade. Durante a intervenção observamos que um paciente diabético e três pacientes hipertensos obtiveram controle da doença de base apenas com mudanças do estilo de vida, ressaltando a importância e o impacto das atividades coletivas educacionais. Acredito que enquanto tivermos o apoio da equipe, da comunidade e da gestão vamos aumentar ainda mais esses percentuais chegando a 100% da população-alvo em acompanhamento, demonstrando que um posto de saúde pode e deve ter um vínculo com a população promovendo qualidade e abrangência da atenção básica.

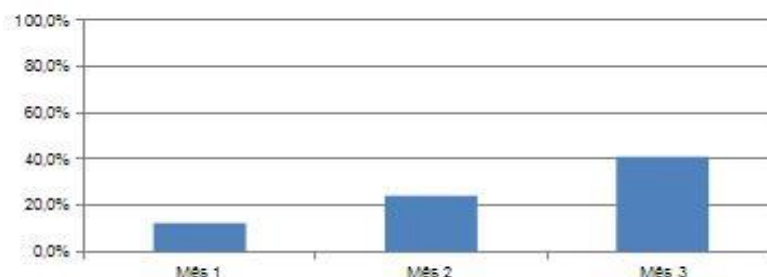


Figura 1. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde do Arroio Grande. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

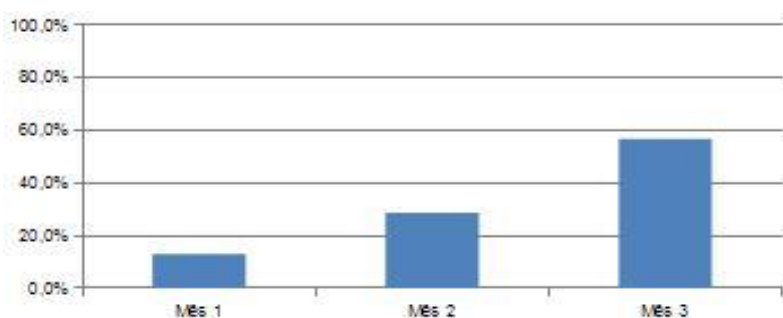


Figura 2. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde do Arroio Grande. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.

4.4 Relatório para Comunidade

A 'pressão alta' e o diabetes mellitus (DM) são as principais causas de morte e de internações no Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que em 2030, 11 em cada 100 pessoas será diabética; no Brasil 32 em cada 100 adultos são hipertensos, chegando a 50 em 100 entre 60 e 69 anos e 75 pessoas em 100 com mais de 70 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Essas doenças prejudicam muito a qualidade de vida das pessoas devido as complicações que acarretam, um diagnóstico precoce e um controle adequado são fundamentais principalmente à nível da atenção básica por ser onde o usuário possui um acesso facilitado e um vínculo com o serviço.

A intervenção ocorreu na unidade de saúde Arroio Grande, na cidade de Santa Cruz do Sul/RS. Por ser um posto de saúde pessoas de toda a cidade podem ser atendidos na unidade, mas estimamos que a população da área do posto seja de 2500 pessoas, aproximadamente 700 idosos. Devido à grande quantidade de idosos existe uma necessidade de diagnóstico, cadastro e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Quando comecei a trabalhar na unidade percebi que a população não possuía um vínculo com o médico, pois não possuía um profissional fixo na unidade. Os pacientes eram atendidos por ordem de chegada o que gerava uma superlotação da

sala de espera com pacientes que chegavam as 8h da manhã para serem atendidos as 11:30h. Juntamente com a equipe e com a gestão acordamos em colocar as consultas por horário marcado e seriam realizadas durante 8 turnos por semana. A intervenção foi escolhida com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

Estipulamos os turnos da tarde para o atendimento da população-alvo, decidimos em reunião o papel de cada integrante da equipe na intervenção e realizamos uma capacitação para que todos pudessem realizar seu trabalho com qualidade. Não conseguimos realizar atividades de grupos, devido a estrutura da unidade, mas conseguimos de forma individual e em conjunto com a ajuda dos familiares realizar a educação e promoção à saúde. Realizamos busca ativa de todos os pacientes que faltavam às consultas.

Ao término das 12 semanas de intervenção criamos um vínculo com a comunidade. Todos os pacientes cadastrados estão em acompanhamento na unidade e agora entendem melhor a sua doença de base e as complicações que ela pode ocasionar, dessa forma aumentaram o cuidado com a sua saúde para obter um controle mais adequado da hipertensão e/ou da diabetes. A cumplicidade criada entre a equipe e a comunidade foi fundamental para que a intervenção fosse um sucesso e incorporada no cotidiano da unidade, sendo continuada mesmo após o término das 12 semanas.

Aumentamos o acompanhamento dos hipertensos para 41,1% do total de hipertensos, isso significa que temos 230 pacientes em acompanhamento regular e comprometidos com sua saúde e qualidade de vida. No que diz respeito aos diabéticos, atingimos 56,9% dos doentes, o que significa que 91 pacientes estão em acompanhamento na unidade. Acredito que enquanto tivermos o apoio da equipe, da comunidade e da gestão vamos aumentar ainda mais esses percentuais chegando a 100% da população-alvo em acompanhamento, demonstrando que um posto de saúde pode e deve ter um vínculo com a população promovendo qualidade e abrangência da atenção básica.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Posso dizer que esse período no PROVAB foi de grande aprendizado pessoal e profissional. No início eu tinha receio de como seria recebida por uma população e de como construiria um vínculo adequado com ela. Inicialmente fui alocada numa área de difícil acesso, por ser uma população predominantemente rural foi muito bom trabalhar e me relacionar com a comunidade, pois ela era bem receptiva e reconhecia o trabalho da equipe. Em maio eu fui trocada de unidade, agora para uma cidade, com predomínio urbano; no início tive muito receio pois estaria em posto de saúde e não ESF, mas a população nunca teve um médico fixo, atendendo 8 turnos semanais. Realizei algumas mudanças na forma de funcionamento da unidade e isso melhorou a atenção à comunidade e, conseqüentemente, o vínculo dela com a unidade.

A implantação da intervenção foi um sucesso. Somente foi possível esse sucesso devido à colaboração que eu tive da gestão, da equipe, da população e da minha orientadora, todos foram fundamentais para que ocorresse a melhoria da atenção aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos e para que eu superasse as metas estipuladas.

A especialização de modo geral foi um grande aprendizado para mim, confesso que muitas vezes faltou tempo para uma maior dedicação às tarefas, mas quando eu encontrava dificuldades a orientadora foi incansável em me ajudar; pensar em o quanto aquela tarefa poderia melhorar meu atendimento e a qualidade da atenção à saúde foi um grande incentivo para seguir em frente e para passar algumas noites em claro lendo e revisando o material disponibilizado.

Acho que o principal aprendizado foi o trabalho em equipe. No início quando a equipe tinha uma técnica que não acreditava na intervenção e na melhoria do serviço por achar que a população não era merecedora eu percebi que sem trabalho em

equipe jamais poderíamos proporcionar a melhoria na qualidade da atenção à população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica n. 36. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 26 maio 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica n. 37. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 26 maio 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**. 2010. Acesso em: 26 maio 2014. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232L7/>

PREFEITURA DE SANTA CRUZ DO SUL. **Atenção Básica**. 23 out. 2013. Disponível em: <http://www.santacruz.rs.gov.br/secretarias/atencao-basica>. Acesso em: 25 maio 2014.

Anexo A – Ficha-Espelho


Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma						
Hematócrito						
Hemoglobina						
VCm						
CHCM						
Plaquetas						

[illegible]

Anexo C – Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL